

## Pápulas y nódulos sobre cicatrices

### Papules and nodules on scars

María Pía Herlein<sup>1</sup>, Martina Buffetti<sup>2</sup>, Alejandro Sanz<sup>3</sup> y Graciela Carabajal<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Médica Residente

<sup>2</sup> Jefa de Residentes

<sup>3</sup> Médico de Planta

<sup>4</sup> Médica de Planta, Servicio de Anatomía Patológica  
Servicio de Dermatología, Hospital Churrucá Visca, Ciudad  
Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: María Pía Herlein

E-mail: mariapiaherlein@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 13/9/2023

Fecha de trabajo aceptado: 30/8/2023

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2023; 29(3): 141-142

### CASO CLÍNICO

Una mujer de 55 años, con antecedentes médicos de obesidad, extabaquista, infección por COVID-19 a mediados de abril 2021, cirugía de tunel carpiano bilateral en 2011 y manga gástrica en 2014, consultó el 13 de mayo de 2021 por presentar lesiones de aparición espontánea sobre tatuajes y todas las cicatrices posquirúrgicas. Al examen físico presentaba múltiples pápulas duro elásticas de 3 mm de diámetro que asentaban sobre tatuajes realizados hacía más de 10 años, en todos los colores de los mismos, algunas aisladas y otras agminadas, formando placas que cubrían parcialmente o la totalidad de dichos tatuajes (Foto 1). Asociaba también nódulos color piel normal bajo cicatrices quirúrgicas de 12 días de evolución (Foto 2). Se procedió a la toma de biopsia por *punch* de una de las

lesiones nodulares y se solicitó laboratorio completo.

El 2 de junio de 2021 la paciente inició seguimiento por el Servicio de Neumonología por disnea pos-COVID-19. Allí solicitaron una tomografía de tórax donde se advirtió la presencia de adenomegalias mediastinales y un patrón nodulillar bilateral a predominio de lóbulo medio y superiores.

En el laboratorio de sangre se obtuvieron valores aumentados de VSG (26 mm), PCR (1,16 g/dL) y enzima convertidora de angiotensina (ECA) de 171 µg/L. El resto se encontraba dentro de parámetros normales.

El análisis histopatológico informó, en dermis reticular profunda e hipodermis, granulomas no caseificantes conformados por histiocitos epitelioides con células gigantes multinucleadas, con escasa inflamación linfocitaria alrededor (Fotos 3 y 4).



FOTO 1: Pápulas y placas induradas que comprometen la mitad inferior del tatuaje.



FOTO 2: Nódulos asintomáticos bajo cicatriz abdominal.

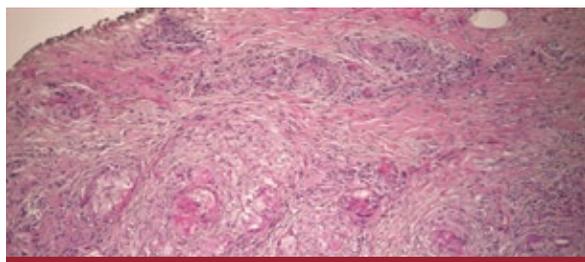


FOTO 3: Se evidencia fibrosis dérmica cicatrizal y hacia la dermis reticular profunda e hipodermis, tubérculos desnudos (HyE, 10X).

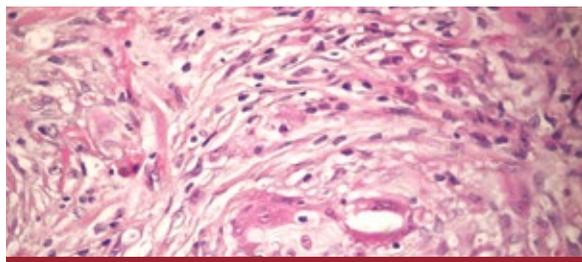


FOTO 4: Se observan granulomas no caseificantes conformados por histiocitos epitelioides con células gigantes multinucleadas (HyE, 40X).

## DIAGNÓSTICO

Sarcoidosis cutánea cicatrizal con compromiso pulmonar, gatillada por SARS-CoV-2.

## Evolución

Ante el diagnóstico dermatológico de sarcoidosis cicatrizal, el Servicio de Neumonología realizó una fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial confirmando el diagnóstico de sarcoidosis pulmonar.

Se inició tratamiento con meprednisona 40 mg/día, con remisión completa de las lesiones cutáneas al mes, resolución total del cuadro clínico respiratorio y ausencia de lesiones a la tomografía de tórax. Por buena respuesta clínica, en descenso actualmente de meprednisona.

## COMENTARIOS

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica crónica, que afecta con mayor frecuencia a los pulmones y en segundo lugar a la piel<sup>1</sup>. Es más prevalente en mujeres, presentando un pico entre los 45 a 60 años de edad<sup>2</sup>.

Si bien la etiología de la sarcoidosis no está claramente establecida, los factores genéticos y la hiperactividad del sistema inmune mediado por células ante la exposición a un antígeno no identificado está descrita. En la infección por COVID-19 hay también expresión aumentada de IL e INF en LT CD4, acompañada por la activación del sistema inmune adaptativo, que podría haber iniciado la formación de granulomas sarcoides en nuestra paciente, en áreas traumatizadas (por tatuajes o cicatrices) por su alto contenido antigénico<sup>3</sup>.

La localización más frecuente es endotorácica, pudiéndose observar adenopatía hiliar bilateral e infiltración nodular del parénquima pulmonar. Las ma-

nifestaciones cutáneas están presentes en un tercio de los pacientes, siendo la expresión extratorácica más importante ya que no solo puede ser la primera, sino la única manifestación clínica de la enfermedad<sup>4</sup>.

Posee gran polimorfismo clínico, presentando pápulas, nódulos o placas. Una forma relativamente frecuente es la variedad cicatrizal, que representa del 3 al 30% de las manifestaciones cutáneas<sup>5</sup>. Se caracteriza por lesiones de sarcoidosis en sitios previamente traumatizados como en cicatrices o tatuajes. En estos últimos se evidencia infiltración eritematosa o hiperpigmentada de todo el tatuaje, sin discriminación del color, asociada frecuentemente a compromiso visceral<sup>6</sup>.

La sarcoidosis es un diagnóstico de exclusión. Ante un cuadro clínico sospechoso es importante realizar un estudio histopatológico, en el cual se observan granulomas epiteloides no caseificantes sin inflamación linfocitaria alrededor, también denominados "tubérculos desnudos"<sup>7</sup>.

Al laboratorio pueden evidenciarse alteraciones en el hemograma como linfopenia, eosinofilia, anemia, reactantes de fase aguda elevados, falla renal acompañada de hipercalcemia, hipergammaglobulinemia, en un 30% ANA+ y elevación de la ECA en un 60%<sup>1</sup>.

La droga de elección para el tratamiento son los corticoides. En escasas lesiones limitadas a la piel, se puede optar por tratamientos tópicos o intralesionales. Mientras que ante la falta de respuesta tópica, sarcoidosis cutánea severa, desfigurante o sistémica se elegirán los corticoides sistémicos como prednisona oral de 0,5 a 1mg/kg/día, acompañado de su lenta reducción en función a la mejoría de sus lesiones orgánicas<sup>8</sup>.

## AGRADECIMIENTOS

A la Dra. León Silvana, Jefa del Servicio de Dermatología, y al Dr. Miguel Angel Mazzini, médico consultor.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rosenbach M, Wanat K, Reisenauer A, White K, et al. Sarcoidosis. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. *Dermatología*. Elsevier, España, 2018: 1644-1650.
2. Ungprasert P, Carmona EM, Utz JP, Ryu JH, et al. Epidemiology of sarcoidosis 1946-2013: a population-based study. *Mayo Clin Proc*. 2016;91:183-188.
3. Capaccione KM, McGroder C, Garcia CK, Fedyna S, et al. COVID-19-induced pulmonary sarcoid: a case report and review of the literature. *Clin Imaging*. 2022;83:152-158.
4. Abed-Dickson M, Hernández BA, Marciano S, Mazzuocolo LD. Prevalence and characteristics of cutaneous sarcoidosis in Argentina. *Int J Womens Dermatol*. 2021;7:280-284.
5. Kluger N. Sarcoidosis on tattoos: a review of the literature from 1939 to 2011. *Sarcoidosis. Vasc Diffuse Lung Dis*. 2013;30:86-102.
6. Beretta-Piccoli BT, Mainetti C, Peeters MA, Laffitte E. Cutaneous granulomatosis: a comprehensive review. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2018;54:131-146.
7. Caplan A, Rosenbach M, Imadojemu S. Cutaneous sarcoidosis. *Semin Respir Crit Care Med*. 2020;41:689-699.
8. Baughman RP, Valeyre D, Korsten PI, Mathioudakis AG, et al. ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis. *Eur Respir J*. 2021;58:2004079.